

Prof. Dr. Brigitte Tag

Die Präimplantationsdiagnostik in der Schweiz

Brigitte Tag: Inhaberin des Lehrstuhls für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht an der Universität Zürich

I. Die Schweizer Rechtslage de lege lata

1. Überblick

Die Präimplantationsdiagnostik ist in der Schweiz – ebenso wie in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern – ein Thema, das die Gemüter erregt, zu Herzen geht und last but not least, den Gesetzgeber¹ beschäftigt. Frauen und Männer mit erheblichen genetischen Anlageveränderungen haben bislang oft gezwungenermaßen auf eigene Kinder verzichtet, um nicht die eigene Krankheit, Behinderung oder Prädisposition zu vererben. Ihnen kann heute dank der Fortschritte in der Fortpflanzungsmedizin geholfen werden: Sowohl die Pränataldiagnostik (PND) während der Schwangerschaft wie die Präimplantationsdiagnostik (PID) vor der Übertragung des durch künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF) erzeugten Embryos in die Gebärmutter geben Aufschluss über die genetische Disposition des (zukünftigen) Kindes. PND und PID sind Diagnosemethoden, die eine gute Aufklärung und Beratung der Frau bzw. des Paares vor und nach Erhalt des Resultats voraussetzen. Diese Untersuchungen unterscheiden sich in vielem, ihnen gemeinsam ist jedoch, dass bei einem „positiven“, d. h. einem auf die Prädisposition hinweisenden Befund die Frau bzw. das Paar vor der weitreichenden Entscheidung für oder gegen das Kind mit einer schweren genetischen Anlageveränderung steht. Bei Erteilen der Einwilligung in die Untersuchung ist dies den Paaren oft nicht mit letzter Konsequenz bewusst. Der nachfolgende Entscheidungsprozess und die danach tatsächlich zu gehenden Schritte sind mit sehr unterschiedlichen, oftmals gravierenden Erschwernissen und Belastungen,

¹ Zum Stand der Gesetzgebungsarbeiten zur Reform von Art. 119 BV und des Fortpflanzungsmedizingesetzes vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/06152> (Stand aller Internetquellen: 18. 09. 2013).

vor allem für die Gesundheit der Frau und das Leben des künftigen Kindes, verbunden².

2. PND – Schwangerschaftsabbruch

Die Freude über die Schwangerschaft und auf das Kind wird alsbald mit Unsicherheiten belastet, wenn das künftige Elternpaar sich mit der Frage befasst, ob und wenn ja, welche pränatalen Untersuchungen³ durchgeführt werden sollen. Das Spektrum der nicht-invasiven Tests ist groß: Ultraschalluntersuchungen, namentlich die Nackentransparenzmessung, Nasenbeinmessung, Fetometrie, Doppler-Sonographie, der Feinultraschall, 3D-Ultraschall und der 4D-Ultraschall, serologische Blutuntersuchungen der Mutter, wie z. B. der Triple-Test, der Quadruple-Test bzw. die Kombination beider Methoden, das Erst-Trimester-Screening und der Praenatest⁴ werden zur Risikoermittlung für fetale Chromosomenstörungen durchgeführt. Der Umstand, dass nicht-invasive Tests für die Frau nur mit geringen körperlichen Beeinträchtigungen verbunden sind und die große Chance auf ein beruhigendes Resultat erleichtern die Einwilligung in die Diagnostik, zumal eine allfällige Entscheidung in Bezug auf die Schwangerschaft erst später getroffen werden muss. Ist das Ergebnis positiv, steht eine Reihe invasiver Tests, wie z. B. die Chorionzottenbiopsie und die Amniozentese, zur Verfügung, mit deren Hilfe die bereits vorhandenen Befunde überprüft und weiter ausgelotet werden. Hundertprozentige Aussagen sind jedoch kaum zu erwarten. Vielmehr geht es bei der PND um Prädiktion und damit um probabilistische Aussagen, die je nach Parameter und Untersuchungsart unterschiedlich sind. Es benötigt nicht allzu viele Worte darzulegen, dass spätestens ab dem ersten positiven Ergebnis die Frau bzw. das Paar eine Lebensphase durchlebt, die mit großen Unsicherheiten, Ängsten, aber auch mit sozialem und persönlichem Entscheidungsdruck einhergeht. Selbst bei einer umfassenden Aufklärung und ergebnisoffenen Beratung⁵ über die allfälligen Auswirkungen des Ergebnisses der pränatalen Untersuchung auf das Leben des Kindes, der Eltern, allfälliger Geschwister und über Unterstüt-

² Tag, BioFokus (85) 2013, S. 3 ff.

³ Diese Untersuchungsverfahren unterliegen in Bezug auf die pränatale genetische Diagnostik den Beschränkungen des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 8. Oktober 2004, GUMG (SR 810.12).

⁴ Hierzu Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW, SÄZ 2012, 1784; Klinkhammer/Richter-Kuhlmann, Deutsches Ärzteblatt (110) 2013, Heft 5: A-166/B-152/C-152.

⁵ Die nicht direktive Beratung und Aufklärung vor und nach pränatalen genetischen Untersuchungen ist ausführlich in Art. 11, 14 ff. GUMG geregelt.

zungsangebote der Gesellschaft, befindet sich das Paar in einer schwerwiegenden Dilemmasituation. Sie führt zwangsläufig zur Entscheidung für oder gegen das Kind. Letzteres bedeutet den Abbruch der Schwangerschaft und damit für die Mutter einen mit Fortschreiten der Schwangerschaft zunehmend massiveren medizinischen Eingriff, für den heranwachsenden Embryo bzw. Fötus bedeutet er das Ende des jungen Lebens.

Die hierzu eingesetzten Methoden variieren mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft. Während bei Frühschwangerschaften medikamentöse Verfahren zum Abbruch dominieren⁶, kommt im zweiten und insbesondere dritten Schwangerschaftstrimester verstärkt der Fetozyd, d.h. das gezielte Abtöten des Fötus im Mutterleib, zur Anwendung⁷. Eine weitere Methode ist das Einleiten der vorzeitigen Geburt des noch lebenden Fötus mittels wehenfördernder Mittel. Überlebt der fragile Fötus den Geburtsvorgang und befindet er sich noch vor der 24. Schwangerschaftswoche, wird er aufgrund der geringen Überlebenschance und der Unzumutbarkeit intensivmedizinischer Betreuung palliativmedizinisch umsorgt⁸. Nach der 24. Schwangerschaftswoche bestimmen sich die im Einvernehmen mit den Eltern getroffenen neonatologischen Massnahmen maßgeblich nach der Überlebenschance, der Zumutbarkeit der intensivmedizinisch verursachten Leiden, dem Grad der bereits vorhandenen oder noch zu erwartenden gesundheitlichen und körperlichen Einschränkungen des Kindes und der Werthaltungen der Eltern⁹.

Dieses Vorgehen wird vom Strafrecht toleriert. Im Unterschied zur großzügigeren Fristenlösung des Art. 119 Abs. 2 StGB¹⁰ erklärt Art. 119 Abs. 1 StGB einen Abbruch der Schwangerschaft nach den ersten zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode dann für straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, um damit von der Schwangeren die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abzuwenden. Die Gefahr muss umso größer sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist. Obgleich der Abbruch wegen embryopathischer Indikation im Strafgesetzbuch keine ausdrückliche Erwähnung findet, ist er unter den Voraussetzungen von Art. 119 StGB zulässig. Art. 119 Abs. 1 StGB, erste Variante, bedingt, dass der Abbruch nach

⁶ So z. B. mit Mifegyne[®] und Misoprostol (Cytotec[®]); näher *Rey/Seidenberg*, SÄZ 2010, 551, 552.

⁷ Zu den Methoden vgl. *Maul/Schröder*, in: *Schröder* (Hrsg.), *Mehrlingsschwangerschaft und Mehrlingsgeburt: Ein Leitfaden für die Praxis*, 2001, S. 61 ff.

⁸ *Berger et al.*, SÄZ 2012, 97, 99.

⁹ Zu den ethischen Implikationen vgl. *Baumann-Hölzle/Maffezzoni/Bucher*, *Acta Paediatrica* 2005, 1777 ff.

¹⁰ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, StGB (SR 311.0).

ärztlichem Urteil geeignet und notwendig ist, um eine drohende, schwerwiegende körperliche Schädigung der Schwangeren, zu der auch eine drohende Lebensgefahr infolge Suizidgefahr zu zählen ist, abzuwenden. Die zweite Indikationsvariante der schweren seelischen Notlage wird angenommen, wenn die Frau in einen dauerhaften psychischen Ausnahmezustand geraten könnte. Hierbei sind neben der Persönlichkeitsstruktur auch die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumstände der Schwangeren zu berücksichtigen. Eine embryopathische Indikation ist in diesem Kontext zu bejahen, wenn zu erwarten ist, dass die körperliche oder geistige Konstitution des Ungeborenen zu einer derart gravierenden Beeinträchtigung nach der Geburt führen wird, dass die Betreuung des kranken Kindes eine unzumutbare Überforderung der Mutter und ggf. ihrer Familie bedeuten würde. Hier gilt es jedoch stets auf den Einzelfall abzustellen¹¹.

Die vorstehenden holzschnittartigen Ausführungen zum möglichen – und oftmals auch realisierten – Umgang mit dem Embryo bzw. Fötus nach einer positiven PND verdeutlichen, dass ein Abbruch der Schwangerschaft einen schroffen Eingriff in das Leben des Kindes und die Gesundheit der Frau darstellt, dessen Schwere mit der Dauer der Schwangerschaft zunimmt. Werden beim Embryo bzw. Fötus Genanomalien oder sonstige gravierende Abweichungen festgestellt, sind die künftigen Eltern mit großen Unsicherheiten und Ängsten konfrontiert. Heilende Lösungen, wie z.B. vorgeburtliche Operationen bei Spina bifida, kann die Medizin nur selten anbieten.

3. PID

Einen Schwangerschaftsabbruch und die damit verbundenen Belastungen und Leiden zu vermeiden, wenn der Grund des Abbruchs eine gravierende genetische Anlageveränderung beim Kind ist, ist der Hauptzweck der PID. Sie wird an dem sehr frühen, künstlich gezeugten Embryo außerhalb des Mutterleibes mit Hilfe der Blastomerbiopsie oder der Blastozystenbiopsie durchgeführt. Hiervon nicht erfasst ist die Polkörperdiagnostik. Denn die Polkörper enthalten nur Erbinformationen der Mutter, da sie Bestandteil der Eizellen sind. Die Blastomerbiopsie ist das Ablösen und Absaugen einer Zelle des frühen Embryos und wird in der Regel

¹¹ Luze, in: Moreillon et al. (Hrsg.), *Aspects pénaux du droit du vivant*, Genève 2004, S. 73ff.; Schneider, *Ethik in der Medizin* 10 (1998), S. 46ff.; Schwarzenegger/Heimgartner, in: Niggli/Wiprächtiger (Hrsg.), *Basler Kommentar, Strafrecht II*, Art. 111–392 StGB, 3. Aufl. 2013, Art. 119 Rdn. 15; Schwarzenegger, in: Tag (Hrsg.), *Lebensbeginn im Spiegel des Medizinrechts*, 2011, S. 151ff.

ab dem 4. Tag nach der Befruchtung an den nun pluripotenten¹² Zellen durchgeführt. Bei der Blastozystenbiopsie werden ab dem 5./6. Tag nach Befruchtung Zellen aus dem Trophoblasten, d.h. die Ernährungszellen des frühen Embryos entnommen¹³. In beiden Fällen werden an den Zellen genetische Analysen durchgeführt. Sollten sich vor Implantation in den Uterus schwere Anlageveränderungen ergeben, wird auf eine Übertragung des Embryos verzichtet. Allfällige körperlich massive Eingriffe im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs bleiben der Mutter und dem heranwachsenden Fötus damit erspart.

Die PID darf derzeit in der Schweiz nicht durchgeführt werden. Denn seit dem 1. Januar 2001 gilt Art. 5 Abs. 3 des Fortpflanzungsmedizingesetzes¹⁴.

Art. 5 Abs. 3 FMedG lautet:

„Das Ablösen einer oder mehrerer Zellen von einem Embryo in vitro und deren Untersuchung sind verboten“.

Die vorsätzliche Verletzung dieses Verbots ist als Übertretung mit Busse bis 100.000 Franken sanktioniert, vgl. Art. 37 lit. e FMedG, Art. 333 Abs. 3 StGB.

Die Botschaft zum Fortpflanzungsmedizingesetz begründete das Verbot im Wesentlichen mit vier Argumenten¹⁵. Zum einen seien die Folgen der Untersuchungsmethode für den Embryo, insbesondere die langfristigen Auswirkungen, noch weitgehend unbekannt. Zum anderen sei die Abgrenzung legitimer Zwecke von unethischen Absichten, die mit der Präimplantationsdiagnostik verfolgt werden könnten, sehr schwierig. Auch berge das Verfahren das Risiko eines Automatismus. Ergebe der Test ein unerwünschtes Resultat, werde der Embryo ohne Zögern ausgesondert und damit dessen Entwicklung einseitig vom positiven Prüfungsergebnis abhängig gemacht. Ferner öffne die Präimplantationsdiagnostik das Tor zu einer verhängnisvollen Entwicklung, wonach Embryonen in vitro einer Selektion nach immer mehr Eigenschaften unterworfen werden.

Die Frage, ob neben dem Fortpflanzungsmedizingesetz auch die Schweizerische Bundesverfassung¹⁶ ein Verbot der PID normiert, wurde in den vergangenen

¹² Nach der Befruchtung bis zum ca. 8-Zellstadium sind die Zellen totipotent. Pluripotenz bedeutet, dass die einzelnen Zellen sich nicht mehr aus sich selbst zu einem ganzen Individuum ausbilden können.

¹³ Frommel et al., Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2013, S. 6ff.

¹⁴ Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung vom 18. Dezember 1998, Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG (SR 810.11).

¹⁵ Botschaft über die Volksinitiative „zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF)“ und zu einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 26. Juni 1996, BBl 1996 III 256 f.

¹⁶ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, BV (SR 101).

Jahren intensiv diskutiert. Im Zentrum standen hierbei die Bestimmungen über die Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich, Art. 119 BV, sowie die Menschenwürde, Art. 7 BV, das Recht auf Leben, Art. 10 BV und das Diskriminierungsverbot, Art. 8 Abs. 2 BV.

Ein Fokus der Diskussionen richtet sich zu Recht auf den Embryo und die diesbezüglichen Gewährleistungen der Menschenwürde.

Art. 7 BV, Menschenwürde, lautet: „*Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.*“

Art. 7 BV ist eine relativ junge Bestimmung. Vor der Reform der Bundesverfassung war die Menschenwürde explizit nur im Zusammenhang mit der Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie genannt. Die frühere Regelung verpflichtete dazu, beim Umgang mit menschlichem Keim- und Erbgut neben Persönlichkeit und Familie auch die Menschenwürde zu schützen. Darüber hinaus galt die Menschenwürde als ungeschriebener Verfassungsgrundsatz.

Art. 7 BV ist – anders als Art. 1 Abs. 1 des deutschen Grundgesetzes – durch eine deutliche Zurückhaltung bei der Definition und dem Wirkbereich der Menschenwürde gekennzeichnet. Dies spiegelt sich in einigen Besonderheiten: Seine Verortung an der Spitze des Grundrechtskataloges, nicht aber an der des gesamten Verfassungstextes, zeigt seine Relevanz, ohne dass er zugleich den Rang eines „Supergrundrechts“ mit allumfassender Ausstrahlung für sich in Anspruch nimmt. Diese Lozierung ist verbunden mit einer eher pragmatischen, nüchternen Formulierung des Gesetzestextes. Auf die weitausholende, bisweilen als „pathetisch“ bezeichnete Formulierung, dass die Menschenwürde unantastbar sei, wurde ausdrücklich verzichtet. Der Bundesrat begründete diese Zurückhaltung damit, dass man den Eindruck vermeiden wollte, der Staat müsse jederzeit einen umfassenden und absoluten Schutz der Menschenwürde bieten¹⁷. Auch wurde eine Einengung auf spezifische weltanschauliche oder religiöse Grundpositionen abgelehnt. Vielmehr weist Art. 7 BV einen offenen Gehalt auf und entzieht die Menschenwürde einer abschließenden positiven Festlegung. Im Hinblick auf den Status des Embryos *in vitro* besteht Einigkeit, dass er am Schutz der Menschenwürde teilhat, sie kommt ihm aber nicht im gleichen Maß zu wie einem geborenen Menschen und entfaltet hier primär Wirkung als Verfassungsprinzip¹⁸. Umfang und Grenzen weiterer Schutzpflichten gegenüber dem Embryo sind umstritten, wobei eine Güterabwägung zugelassen und vorgenommen wird mit der persönli-

¹⁷ Botschaft über eine neue Bundesverfassung vom 20. November 1996, BBl 1997 I 141.

¹⁸ Die Diskussion zusammenfassend *Bürgin*, Wen oder was schützt der Embryonenschutz?, Basel 2011, S. 89 ff.

chen Freiheit der Eltern, namentlich deren körperlichen und geistigen Unversehrtheit¹⁹.

Bezüglich des Rechts auf Leben, Art. 10 Abs. 1 BV, ist nicht abschließend geklärt, ob es schon frühes vorgeburtliches menschliches Leben umfasst und wenn ja, wie es auszugestalten ist. Dass der Lebensschutz von Embryonen in vitro nach schweizerischem Recht nicht absolut ist, zeigt sich exemplarisch an einigen gesetzlichen Regelungen: So ist die Embryonenspende – neben der Eizellspende und der Leihmutterschaft – von Gesetzes wegen ausgeschlossen, Art. 4 FMedG, und das Stammzellenforschungsgesetz²⁰ lässt unter engen Voraussetzungen die Verwendung überzähliger Embryonen zur Gewinnung embryonaler Stammzellen zu, vgl. Art. 5 StFG.

Art. 119 Abs. 2 BV äußert sich konkret zu der Fortpflanzungsmedizin, nicht aber zur PID.

Der in Bezug auf die PID besonders relevante Art. 119 Abs. 2 BV Eingangssatz lautet:

„Der Bund erlässt Vorschriften über den Umgang mit menschlichem Keim- und Erbgut. Er sorgt dabei für den Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Familie und beachtet insbesondere folgende Grundsätze“.

Lit. c konkretisiert diese Vorgabe:

„Die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung dürfen nur angewendet werden, wenn die Unfruchtbarkeit oder die Gefahr der Übertragung einer schweren Krankheit nicht anders behoben werden kann, nicht aber um beim Kind bestimmte Eigenschaften herbeizuführen oder um Forschung zu betreiben; die Befruchtung menschlicher Eizellen ausserhalb des Körpers der Frau ist nur unter den vom Gesetz festgelegten Bedingungen erlaubt; es dürfen nur so viele menschliche Eizellen ausserhalb des Körpers der Frau zu Embryonen entwickelt werden, als ihr sofort eingepflanzt werden können.“

Die Anzahl der außerhalb der Frau zu entwickelnden Embryonen wurde durch das FMedG auf höchstens drei beschränkt, Art. 17 Abs. 1 FMedG.

Überprüft man Art. 119 BV im Hinblick auf die Zulässigkeit der PID, fällt das Ergebnis recht nüchtern und eindeutig aus: Die PID wird weder in Art. 119 BV explizit erwähnt noch zählt sie zu den Techniken oder Verfahren, die ausdrücklich verboten sind. Zudem wurde in den Gesetzgebungsarbeiten zu Art. 119 BV und zu seiner Vorgängernorm, Art. 24^{novies} alt BV, die Verfassungsgemäßheit der PID nur am Rande gestreift. Dies erstaunt nicht, denn die Erkenntnisse und

¹⁹ Schwarzenegger, in: Tag (Hrsg.), Lebensbeginn im Spiegel des Medizinrechts, 2011, S. 151, 181f. m.w.N.

²⁰ Bundesgesetz über die Forschung an embryonalen Stammzellen vom 19. Dezember 2003, Stammzellenforschungsgesetz, StFG (SR 810.31).

Methoden im Bereich der PID und damit auch deren rechtliche und ethische Implikationen haben erst danach markant an Bedeutung gewonnen. Zwar könnte man argumentieren, dass aus der Beschränkung der Anzahl herzustellender Embryonen auf jene, die sofort eingepflanzt werden können, ein indirektes Verbot der PID abzuleiten sei. Dies würde aber den Kinderwunsch des betroffenen Paares tatsächlich verunmöglichen, was eine unverhältnismässig große Beeinträchtigung ihrer persönlichen Freiheit bedeuten würde. Damit sprechen gute Gründe dafür, aus Art. 119 BV gerade kein Verbot der PID abzuleiten²¹. Als Zwischenfazit ist daher festzuhalten: Nach dem einfachen Gesetzesrecht ist die PID in der Schweiz derzeit verboten, nach der Bundesverfassung hingegen nicht.

II. Die Schweizer Rechtslage de lege ferenda

1. Überblick

Das im Fortpflanzungsmedizingesetz verankerte Verbot der PID wurde bereits kurze Zeit nach seinem Inkrafttreten kritisch hinterfragt. Bereits im Jahr 2004 reichte die Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrates (WBK-N) die Motion „Zulassung der Präimplantationsdiagnostik“ ein und beauftragte den Bundesrat, eine Regelung vorzulegen, welche die Präimplantationsdiagnostik ermöglicht und deren Rahmenbedingungen festlegt.

Der Bundesrat beantragte die Annahme der Motion namentlich mit Blick auf die „Not betroffener Familien“ und regte an, „zu prüfen, ob eine streng kontrollierte Regulierung nicht einem ausnahmslos geltenden Verbot vorzuziehen ist“. Ziel sei, in „Familien mit schwerwiegenden Erbleiden den betroffenen Frauen eine zumutbarere Alternative zu einer während der Schwangerschaft durchzuführenden Pränataldiagnostik mit eventuell anschließendem Schwangerschaftsabbruch anbieten zu können“. Der Bundesrat mahnte zugleich an, die Rahmenbedingungen so zu formulieren, dass „kein Ermessensspielraum besteht, der zu einer Erweiterung der Indikationen missbraucht werden könnte“²².

2005 wurde die Motion durch den Nationalrat und durch den Ständerat angenommen. Anfang 2007 starteten die Rechtssetzungsarbeiten, 2009 wurde die Vernehmlassung zum ersten und 2011 zum zweiten Entwurf eines revidierten

²¹ Gutachten des Bundesamtes für Justiz, VPB 60.67, Ziff. 4.1 a. E., Ziff. 6.3, sowie VPB 2008.14, S. 201ff.; ausführlich mit Nachweisen die Erläuterungen zur Änderung von Artikel 119 BV sowie des Fortpflanzungsmedizingesetzes (Präimplantationsdiagnostik) vom 19. Mai 2011, S. 38ff.

²² WBK-N, Motion Zulassung der Präimplantationsdiagnostik 04.3439 mit Antwort des Bundesrates, http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20043439.

Fortpflanzungsmedizingesetzes durchgeführt. Am 7. Juni 2013 überwies der Bundesrat die Botschaft zur Änderung der Verfassungsbestimmung zur Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich, Art. 119 BV, sowie des Fortpflanzungsmedizingesetzes an das Parlament. Die Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Ständerates (WBK-S) nahm im August 2013 die Arbeit am Fortpflanzungsmedizingesetz auf und führte erste Anhörungen zu der geplanten Reform durch. „Was einmal gedacht wurde, kann nicht mehr zurückgenommen werden“. Die WBK-S trat unter diesem Motto von Dürrenmatts Möbius mit einer Gegenstimme ohne Enthaltungen auf die beiden Vorlagen ein, die der Bundesrat im Juni 2013 mit der Botschaft „Präimplantationsdiagnostik (PID). Änderung BV und Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)“ vorgelegt hatte.

2. Entwurf 2009

Der Entwurf zur Reform des FMedG aus dem Jahre 2009 sprach sich für eine Zulassung der PID – unter bestimmten Voraussetzungen – aus, sah aber keine Änderung der Bundesverfassung vor. Damit mussten sich die neuen Bestimmungen in den Rahmen von Art. 119 BV einfügen. Von besonderer Bedeutung ist Art. 119 Abs. 2 lit. c BV. Danach ist die medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur zulässig, um die Unfruchtbarkeit oder die Gefahr der Übertragung einer schweren Krankheit zu beheben. Eine PID aus anderen Gründen bleibt bereits von Verfassung wegen unzulässig. Dies betrifft namentlich die Auswahl des Geschlechts des Kindes, ohne dass dies wegen einer geschlechtsabhängigen schweren genetischen Krankheit angezeigt wäre. Untersagt bleibt aber auch das Screening auf spontan entstehende Chromosomenaberrationen, wie z.B. Trisomien, oder die HLA-Typisierung²³, die zur Auswahl und Implantation eines sogenannten künftigen Retterbabys dient, das später Blutstammzellen zugunsten eines erkrankten Geschwisters spenden kann.

Der Reformgesetzgeber wollte zudem am Verbot zur Aufbewahrung von Embryonen festhalten. Das hohe Risiko von Mehrlingsschwangerschaften und damit verbunden dasjenige von Schwangerschaftsabbrüchen zur Mehrlingsreduktion mittels Fetozid wurde damit nicht behoben.

Im Rahmen des Fortpflanzungsmedizingesetzes sollten sich die neuen Regelungen betreffend die PID unter das Dach der in Art. 3 und 4 des FMedG geregelten allgemeinen Grundsätze einfügen. Art. 3 FMedG ist dem Kindeswohl gewidmet und hält fest, dass Fortpflanzungsverfahren nur angewandt werden dürfen

23 Dazu *Rehmann-Sutter/Daubitz/Schües*, Bioethica Forum 2013, 89 ff.

bei Paaren, zu denen ein Kindesverhältnis im Sinne der Art. 252–263 des Zivilgesetzbuchs²⁴ (ZGB) begründet werden kann. Verkürzt zusammengefasst entsteht das Kindesverhältnis zwischen dem Kind und der Mutter mit der Geburt, zwischen dem Kind und dem Vater wird es kraft Eheschließung mit der Mutter begründet oder durch Anerkennung oder durch das Gericht festgestellt. Einzelpersonen und gleichgeschlechtliche Paare sind davon ausgenommen²⁵.

Art. 3 FMedG setzt weiterhin voraus, dass die Paare auf Grund ihres Alters und ihrer persönlichen Verhältnisse voraussichtlich bis zur Volljährigkeit des Kindes für dessen Pflege und Erziehung sorgen können. Wenngleich von einer starren Altersgrenze abgesehen wurde, können Paare, die sich bereits im fortgeschrittenen Alter befinden oder sonst nicht gefestigt sind, Verfahren der künstlichen Befruchtung – und damit auch neu die der PID – nicht in Anspruch nehmen.

Das Herzstück des revidierten Entwurfs bildete Art. 5a E-FMedG 2009²⁶.

Er lässt die Untersuchung des Erbguts von Embryonen in vitro und deren Auswahl nach ihrem Geschlecht oder nach anderen Eigenschaften zu, wenn

- a. die Gefahr, dass sich ein Embryo mit der Veranlagung für eine schwere Krankheit in der Gebärmutter einnistet, anders nicht abgewendet werden kann;*
- b. es wahrscheinlich ist, dass die schwere Krankheit vor dem 50. Lebensjahr ausbrechen wird;*
- c. keine wirksame und zweckmässige Therapie zur Bekämpfung der schweren Krankheit zur Verfügung steht; und*
- d. das Paar gegenüber der Ärztin oder dem Arzt schriftlich geltend macht, dass ihm die Gefahr nach lit. a nicht zumutbar ist.*

Der Entwurf zur Änderung des FMedG definierte nicht, was unter der „schweren Krankheit“ zu verstehen ist, wohl aber enthalten die Erläuterungen hierzu konkrete Angaben. Unter Bezugnahme auf die gängige, lebenspraktische Auffassung werden folgende Parameter herangezogen: die Verkürzung der Lebenserwartung auf unter 50 Jahre; therapieresistente Schmerzen, die keinen normalen Tages-

²⁴ Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907, ZGB (SR 210).

²⁵ Botschaft zum Fortpflanzungsmedizinengesetz, BBl 1996 III 250 f.; Botschaft zum Partnerschaftsgesetz vom 29. November 2002, BBl 2003, 1324; Art. 28 des Bundesgesetzes über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare vom 18. Juni 2004, Partnerschaftsgesetz, PartG (SR 211.231): „Personen, die in einer eingetragenen Partnerschaft leben, sind weder zur Adoption noch zu fortpflanzungsmedizinischen Verfahren zugelassen“.

²⁶ Dazu zusammenfassend Seelmann, in: Tag (Hrsg.), Lebensbeginn im Spiegel des Medizinrechts, 2011, S. 21 ff.

ablauf erlauben; Einschränkungen der allgemeinen Bewegungsfreiheit, z.B. aufgrund einer dauerhaften Bindung an Sauerstoff- oder andere große Versorgungsgeräte; Einschränkungen der Motorik durch generalisierte Lähmungen; Krankheiten, die lebenslange Unselbstständigkeit nach sich ziehen und deshalb Unterstützung in allen wichtigen alltäglichen Verrichtungen (Essen, Anziehen, Körperpflege etc.) verlangen oder auch die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, z.B. ein IQ unter 60. Bereits das Vorliegen eines dieser Parameter soll die Indikationsstellung für die PID rechtfertigen²⁷.

Das Erfordernis der Gefahr zur Veranlagung in Art. 5a Abs. 2 lit. a E-FMedG 2009 unterstreicht, dass die Abklärung spontan auftretender Chromosomenanomalien und damit das Aneuploidie-Screening, d.h. die routinemäßige Überprüfung von Embryonen im Rahmen der IVF im Hinblick auf Chromosomenanomalien, nicht durch die PID abgedeckt werden sollen. Als Richtwert der Manifestationswahrscheinlichkeit betreffend die Veranlagung sollen 25% gelten. Die 50-Jahresgrenze wird damit begründet, dass es unverhältnismäßig wäre, einen Embryo auszusondern, dessen Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko sich nicht wesentlich von demjenigen anderer Personen unterscheidet.

Das Kriterium des Nichtbestehens einer wirksamen und zweckmäßigen Therapie nimmt Bezug auf die Wirksamkeits- und Zweckmäßigkeitskriterien des Krankenversicherungsrechts, Art. 32 KVG²⁸. Es geht also darum, ob Therapien verfügbar sind, die zumindest eine bedeutsame Linderung bewirken können und dieses Ziel in einem vertretbaren Verhältnis zwischen Ergebnis und Aufwand bzw. Wirkungen und Nebenwirkungen erreicht werden kann. Als wirksam gilt in diesem Zusammenhang, wenn die konkrete Behandlung „von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird“²⁹. Maßstab sind das Ergebnis, die Erfahrungen mit sowie der Erfolg einer bestimmten Therapie, wobei in der Regel nach international anerkannten Richtlinien verfasste wissenschaftliche (Langzeit-)Studien als Beurteilungsgrundlage erforderlich sind. Eine ausschließlich einzelfallbezogene, retrospektive Beurteilung der Wirksamkeit genügt nicht. Die Zweckmäßigkeit knüpft an die Wirksamkeit an. Sie bestimmt sich nach der Abwägung des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens im Einzelfall einerseits und der damit verbundenen Risiken andererseits³⁰. Maßgeblich sind das Verhältnis von Erfolg und Misserfolg sowie

27 Erläuterungen zur Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes (Präimplantationsdiagnostik) vom 18. Februar 2009, S. 47 ff.

28 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, KVG (SR 832.10).

29 BGE 133 V 115, 117.

30 *Eugster*, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, Art. 32 N 4 KVG, Rdn. 185; BGE 127 V 138, 146.

die Häufigkeit von Komplikationen. Bei mehreren alternativen Behandlungsmethoden kommt es darauf an, ob vom medizinischen Standpunkt aus ins Gewicht fallende Unterschiede in Bezug auf den erstrebten Heilerfolg bestehen, namentlich mit Blick auf eine möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung³¹.

Der Entwurf des revidierten FMedG 2009 legt zudem großes Gewicht auf die Selbstbestimmung und die nicht direktive genetische sowie sonstige Information des betroffenen Paares in dieser schwierigen Entscheidungssituation. Art. 5 bff. E-FMedG 2009 stecken den Rahmen der Einwilligung des Paares und ihrer eingehenden, vorhergehenden wie begleitenden Beratung ab. Die in Art. 6a E-FMedG 2009 geregelte umfassende genetische Beratung hat durch einen Arzt oder eine Ärztin nichtdirektiv zu erfolgen. Der vorsätzliche Verstoß gegen Art. 5a E-FMedG 2009 bzw. die Aufklärungs- oder Bewilligungsvorschriften wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bedroht, Art. 33 und 34 E-FMedG 2009, Art. 333 Abs. 2 lit. b StGB.

Die Durchführung der PID soll sich selbstverständlich an einem hohen Qualitätsstandard ausrichten und der Bewilligung durch das Bundesamt für Gesundheit unterliegen, welche nur Ärzten und Ärztinnen erteilt wird, Art. 8 Abs. 2, Art. 10a Abs. 1 E-FMedG 2009. Diese müssen darüber hinaus über eine kantonale Bewilligung zur Durchführung von Fortpflanzungsverfahren, in der Regel über eine Weiterbildung im Bereich der medizinischen Genetik verfügen und gewährleisten, dass das Verfahren und die Zusammenarbeit mit den beteiligten Laboratorien nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis ablaufen. Zudem schreibt der Entwurf zur Änderung des FMedG vor, die Auswirkungen der Bestimmungen zur PID zu evaluieren, vgl. Art. 14a E-FMedG 2009.

3. Entwurf 2011/2013

Die Vernehmlassung zur Vorlage einer Revision des FMedG 2009 war kontrovers. In der Summe sprachen sich ca. 80% der Teilnehmenden für die Zulassung der PID in der Schweiz aus, wobei hiervon 85% Vorbehalte gegen die Vorlage aus dem Jahre 2009 äußerten. Der Bundesrat nahm die Kritik auf und legte im Jahr 2011 einen zweiten überarbeiteten Entwurf des Fortpflanzungsmedizingesetzes und dieses Mal auch einen Entwurf zur Änderung von Art. 119 BV, Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich, vor. Letzteres wurde nötig, da für die PID nicht mehr an der für die restliche Fortpflanzungsmedizin gelten-

31 Zu Art. 32 KVG vgl. BGE 127 V 138, 146 f.; 109 V 41 Erw. 2b.

den Dreier-Regel pro Behandlungszyklus festgehalten werden sollte. Insoweit wurde den von Seiten der Medizin vorgetragenen Bedenken Rechnung getragen, dass es anderenfalls zu keiner echten Chance auf einen erblich unbelasteten Embryo kommen würde. Zudem sollte das bislang in der Bundesverfassung verankerte Verbot zur Aufbewahrung von Embryonen entfallen, um das große Risiko von Mehrlingsschwangerschaften³² zu minimieren. Damit wurde die Tür geöffnet für die Konservierung und den späteren Transfer der Embryonen und damit auch für den Single-Embryo-Transfer (SET). Weitere Änderungen von Art. 119 BV sind bislang nicht geplant. Damit wurde zugleich entschieden, dass die PID weiterhin nur zur Behebung der Unfruchtbarkeit oder der Verhinderung der Übertragung einer schweren Krankheit zulässig sein soll. Der im Sommer 2013 vorgelegte zweite Entwurf zur Änderung von Art. 119 BV entspricht inhaltlich demjenigen aus dem Jahr 2011. Der auf dem Entwurf zur Änderung von Art. 119 BV beruhende zweite und dritte Entwurf zum revidierten Fortpflanzungsmedizingesetz (E-FMedG 2011/2013) konkretisiert diese Vorgaben, Art. 5 ff. E-FMedG 2011/2013. Am bereits 2009 vorgestellten Herzstück der PID-Regelung sowie an der Pflicht zur umfassenden Aufklärung und Einwilligung des Paares und den Bewilligungspflichten wurden aber keine Änderungen vorgenommen, vgl. Art. 5a ff. E-FMedG 2011/2013. Im Entwurf 2013 wird in Art. 5a Abs. 2 lit. a explizit festgelegt, dass die Veranlagung für eine schwere Krankheit vererbbar sein muss.

Der Entwurf 2011/2013 legt fest, dass außerhalb des Körpers innerhalb eines Behandlungszyklus höchstens acht Embryonen entwickelt werden dürfen, wenn das Erbgut der Embryonen untersucht wird, Art. 17 Abs. 1 lit. b E-FMedG 2011/2013³³. Die Aufbewahrungsfrist für den Embryo soll maximal fünf Jahre betragen und kann auf Antrag des Paares um weitere fünf Jahre verlängert werden, Art. 16 Abs. 2 E-FMedG 2011/2013.

Art. 33 E-FMedG 2011/2013 stellt die Widerhandlungen gegen Art. 5a E-FMedG 2011/2013 unter Strafe. Pönalisiert wird die Untersuchung des Erbguts von Keimzellen und deren Auswahl, wenn diese außerhalb der zulässigen Indikationen stattfindet. Unter Strafe soll auch die Durchführung der PID gestellt werden, wenn sie stattfindet, ohne dass damit die Übertragung der Veranlagung für eine schwere Krankheit auf die Nachkommen verhindert werden soll. Art. 34 E-FMedG regelt die

32 Zu den Folgen vgl. Stellungnahme der deutschen Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie, Mehrlingsreduktion mittels Feto-*zid*, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3213>.

33 Und drei Embryonen, wenn das Erbgut der Embryonen nicht untersucht wird. Damit soll eine Gleichbehandlung der Paare erreicht werden, die mit und ohne PID eine Schwangerschaft bewirken wollen.

strafrechtlichen Folgen für Tätigkeiten, welche ohne die Einwilligung des Paares oder die gesetzlich erforderliche Bewilligung durchgeführt werden. Eine Übertretung begeht, wer vorsätzlich die Durchführung einer PID nicht oder zu spät beim BAG meldet, vgl. Art. 37 lit. d^{bis} E-FMedG 2011 resp. Art. 37 lit. e E-FMedG 2013³⁴.

III. Würdigung der Reform

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Reformarbeiten zu Art. 119 BV und zum Fortpflanzungsmedizingesetz der Schweiz durch große Um- bzw. Vorsicht auszeichnen. Seit der Motion der WBK-N sind fast 9 Jahre verstrichen, zwei intensive Vernehmlassungen zur PID wurden schweizweit durchgeführt, zahlreiche Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen kamen zu Wort. Der Schwerpunkt der Reform liegt auf den inhaltlichen – d.h. den medizinischen, medizinrechtlichen und medizinethischen – Fragen der PID. Der schweizerische Gesetzgeber hat sich beim Fortpflanzungsmedizingesetz – ebenso wie bei dem zum 1. 1. 2014 in Kraft tretenden Humanforschungsgesetz³⁵ oder auch dem Transplantationsgesetz³⁶ – dazu entschieden, eine bundesrechtliche Kompetenznorm zu schaffen, um die Fortpflanzungsmedizin national einheitlich regeln zu können³⁷. Art. 119 BV setzt zugleich die Leitplanken für das Fortpflanzungsmedizingesetz. Seine Strafbestimmungen und damit auch jene zur PID sind ein notwendiger Annex zu den inhaltlichen Ge- und Verboten. Sie als strafrechtliche Regelung der PID zu verstehen, würde eine Akzentverschiebung bedeuten, die dem Anliegen des Fortpflanzungsmedizingesetzes nicht gerecht würde. Im Vordergrund stehen vielmehr reproduktionsmedizinische Fragen, die im Lichte

34 Dass die bisherige Strafbewehrung des Verbots der PID in Art. 37 lit. e FMedG gestrichen werden soll, ergibt sich von selbst. Der Schutz der im Rahmen der PID gewonnenen genetischen Daten soll sich an den entsprechenden Bestimmungen von Art. 7, 19 GUMG ausrichten (Art. 6 b E-FMedG 2011/2013). Die Verfolgung und die Beurteilung der Straftaten nach dem Fortpflanzungsmedizingesetz obliegen den Kantonen, Art. 38 FMedG. Damit unterfällt das FMedG nicht dem Bundesgesetz über das Verwaltungsstrafrecht vom 22. März 1974, VStrR (SR 313.0), Art. 1 VStrR, vielmehr sind grundsätzlich die Regelungen des Allgemeinen Teils des Strafgesetzbuches, Art. 333 Abs. 1 StGB, und die der Schweizerischen Strafprozessordnung anwendbar.

35 Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/07558>.

36 Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 (SR 810.21).

37 Die Schwierigkeiten, die entstehen, wenn komplexe Normen in bestehende Gesetze wie das StGB oder das ZGB integriert werden, wurden damit umgangen. Zudem sollte dem Rechtsuchenden damit geholfen werden, sich rasch über die Materie zu informieren, vgl. Botschaft zum Fortpflanzungsmedizingesetz, BBl 1996 III 236.

der Menschenwürde, Persönlichkeit, der Familie und des Verbots der missbräuchlichen Anwendungen der Bio- und der Gentechnologie zu beantworten sind, vgl. Art. 1 FMedG. Dass die Vorgaben des Gesetzgebers in der Praxis beachtet werden, dafür sollen etliche Bestimmungen sorgen. Da die PID im Regelfall durch Ärzte und Ärztinnen veranlasst wird, deren Tätigkeit bewilligungs- und meldepflichtig ist, geraten sie beim Ausserachtlassen der gesetzlichen Voraussetzungen in die Gefahr, ihre Bewilligung zu verlieren. Diese verwaltungsrechtliche Sanktion hat eine weit über das Strafrecht hinausgehende Disziplinierungswirkung. Die Auswirkungen derjenigen Bestimmungen des FMedG, welche die Untersuchung des Erbgutes von Embryonen in vitro und deren Auswahl betreffen, sollen zudem evaluiert werden, um allfällige Gesetzesanpassung rechtzeitig vornehmen zu können, vgl. Art. 14a E-FMedG 2013.

Die Lockerung des Verbots der PID soll dazu beitragen, dass der medizinische Fortschritt im Bereich der Fortpflanzungsmedizin Paaren in der Schweiz zu Gute kommt und ihnen hilft, Eltern zu werden. Sie sollen nicht länger gezwungen sein, ins Ausland zu reisen, wo ihnen legal, aber unter Verstoß gegen die Chancengleichheit und ohne Garantie der Qualitätssicherung bei der Durchführung der PID geholfen werden kann. Die engen Leitplanken, die für die PID erarbeitet wurden, sollen viele Aufgaben bewältigen: Zunächst sollen sie dazu beitragen, der Gefahr einer Diskriminierung wegen genetischer Veränderungen oder genetischer Disposition vorzubeugen. Das Bemühen, menschliches Leben nach Wunsch gestaltbar zu machen, soll gestoppt und der allfällige Automatismus zugunsten der Nichtimplantation bei positivem Ergebnis der PID soll auf ein gesellschaftlich und individuell vertretbares Maß beschränkt werden. Dass die Medizin dennoch ein Stück weit in den Prozess der Menschwerdung eingreift, ist bei der Fortpflanzungsmedizin systemimmanent und nicht zu vermeiden, entschließt man sich für die Zulassung der PID.

Der vorliegende Entwurf ist im Grundsatz ein tragfähiger Kompromiss, der den im Spannungsfeld stehenden Rechtsgütern und Interessen Rechnung trägt. Der Fortschritt wird nicht ausgesperrt, die schutzwürdigen Interessen werden identifiziert und vor übermäßigen Angriffen abgeschirmt. Dennoch soll nachfolgend auf einige kritische Punkte eingegangen werden: Die PID als früheste Methode der Pränataldiagnostik³⁸ hat zum Ziel, den Frauen die erheblichen körperlichen und seelischen Belastungen eines späteren Schwangerschaftsabbruchs nach dem positiven Ergebnis einer Pränataldiagnostik³⁹ zu ersparen. Sie soll

³⁸ Diese Untersuchungsverfahren unterliegen den Beschränkungen des GUMG.

³⁹ So z.B. eine Chorionzottenbiopsie, durchgeführt in der Regel in der 12. Schwangerschaftswoche, bzw. eine Amniozentese, üblicherweise durchgeführt in der 19. Schwangerschaftswoche.

Familien aus der Bedrängnis helfen, entweder auf Kinder zu verzichten oder für diese allfällige schwere Leiden hinzunehmen und selbst große Belastungen auszuhalten. Zudem sollen dem ggf. schon weit entwickelten, genetisch stark veränderten Fötus die im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs entstehenden allfälligen Schmerzen erspart werden. Vergleicht man die im Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen geregelte pränatale Diagnostik⁴⁰ mit den geplanten Voraussetzungen der PID, wird aber rasch deutlich, dass letztere sehr viel strenger sind. Das vermag selbst dann nicht zu überzeugen, wenn man bedenkt, dass die Hemmschwelle zum Schwangerschaftsabbruch⁴¹ nach einer positiven PND ungleich höher ist als zur Nichtimplantation des frühen Embryos nach einer positiven PID.

Greift man nochmals die Argumente auf, die 1996 für das Verbot der PID angeführt wurden, ist festzustellen, dass zwischenzeitlich die Fortschritte in der Medizin zu einer quantensprungähnlichen Verbesserung der Untersuchungsmethoden führten. Namentlich die Blastozystenbiopsie lässt den Embryo als solchen unberührt, ohne dass die Qualität der Untersuchungsergebnisse darunter leiden würde. Auch die Verfahren der künstlichen Befruchtung wurden seit der Geburt des ersten Retorten-Babys, Louise Brown am 25. Juli 1978, weiter entwickelt. Louise Brown selbst ist gesund und Mutter eines Kindes. Die vom Bundesrat 1996 geltend gemachte Ungewissheit über die langfristigen Auswirkungen der PID hat heute dank der Weiterentwicklung der Verfahren und der Erkenntnisse im Tiermodell sowie derjenigen anderer Länder, die die PID im Bereich der humanen Fortpflanzungsmedizin bereits praktizieren, an Gewicht verloren. Das weitere Bedenken der Abgrenzung legitimer Zwecke von unethischen Absichten, die mit einer Präimplantationsdiagnostik verfolgt werden könnten, ist nach wie vor nicht aufgelöst und wird es wohl auch nie sein. Die Frage ist, inwieweit dürfen und sollen die Gesellschaft und der Gesetzgeber Motive der Frau bzw. Motive des Paares, ein von seiner genetischen Disposition her möglichst gesundes Kind zu zeugen, bewerten. Zwar gibt es kein Recht auf ein gesundes Kind, aber es gibt Möglichkeiten, schwere genetische Anlageveränderungen vor Implantation des Embryos festzustellen. Diese Möglichkeit zu verbieten, heisst zugleich, einschnei-

40 Art. 11 GUMG: „Es ist verboten, pränatale Untersuchungen durchzuführen, die darauf abzielen: a. Eigenschaften des Embryos oder des Fötus, welche dessen Gesundheit nicht direkt beeinträchtigen, zu ermitteln; oder b. das Geschlecht des Embryos oder des Fötus zu einem anderen Zweck als der Diagnose einer Krankheit festzustellen.“

41 Art. 119 Abs. 1 StGB: „Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.“

dend in die persönliche Freiheit, die Familienplanung und das weitere Leben der Frau bzw. des Paares einzugreifen. Die Argumentation, so das frühe menschliche Leben vor inadäquaten Eingriffen zu schützen und einer allfälligen Diskriminierung von Menschen mit seltenen genetischen Dispositionen und einschneidenden Behinderungen entgegenzutreten, verdient Respekt. Ob ein Verbot der PID hierzu aber das richtige Mittel ist, erscheint fraglich. Denn es gibt weniger belastende Wege, um dies zu erreichen. Hierzu gehört es, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Eltern sich zu einem Kind mit einer schweren Behinderung bekennen können, weil sie die hierfür nötige Unterstützung und Anerkennung erhalten, das Kind im Rahmen seiner Möglichkeiten gefördert wird und ein glückliches Leben führen kann. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die mit der Zulassung der PID mitunter verbundene negative Konnotation einer Geringschätzung von Menschen mit Behinderungen in ihrer Pauschalität nicht zutrifft. Der Hinweis auf das Risiko des Automatismus und das slippery slope-Argument, wonach Embryonen in vitro einer Selektion nach immer mehr Eigenschaften unterworfen werden, mahnt nach wie vor zu großer Achtsamkeit. Die Erfahrungen, die in anderen Ländern mit der PID gemacht wurden, zeigen aber, dass hier kein höheres Missbrauchspotential besteht bzw. ausgeschöpft wird als bei der pränatalen Untersuchung während der Schwangerschaft. Insbesondere liegt es fern, dass die PID als Screening-Untersuchung zur Routine wird. Ein Grund dafür ist, dass die zur Eizellentnahme nötige hormonelle Stimulation für die Frau eine so große körperliche wie seelische Belastung darstellt, dass es lebensfremd ist, anzunehmen, In-vitro-Fertilisationen mit vorhergehender PID würden künftig reihenmäßig durchgeführt.

Was bleibt ist die Frage, unter welchen Voraussetzungen die PID zugelassen werden soll. Insbesondere die Möglichkeiten des derzeit nicht vorgesehenen Aneuploidie-Screenings und der HLA-Typisierung sollten nochmals besprochen werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass die Ziele, die mit dem Screening und der Typisierung verfolgt werden, ethisch legitim sind. Allfälligen Risiken kann mit einem gesicherten gesetzlichen Rahmen zureichend begegnet werden. Zudem sollte im Zusammenhang mit den Zulässigkeitsvoraussetzungen der PID auf die Nennung einer konkreten Anzahl Lebensjahre, vor deren Erreichen die Krankheit ausgebrochen sein sollte, verzichtet werden. Denn es ist fast unmöglich zu sagen, welche genetisch bedingten Krankheiten vor oder nach dem 50. Lebensjahr ausbrechen. Das Bemühen, die Zahl der Embryonen, die in einem Zyklus mit PID entwickelt werden, so festzulegen, dass die Wahrscheinlichkeit, mindestens einen transferierbaren Embryo zu erhalten, besteht, ist ebenso zu begrüßen wie dasjenige, die Entstehung „überzähliger“ Embryonen möglichst zu vermeiden. Auf eine zwingende Festlegung einer numerischen Obergrenze sollte aber verzichtet werden. Eine Beschränkung der Maximalzahl an Embryonen kann auch

erreicht werden, indem die genetische und persönliche Konstellation des behandelungswilligen Paares festgelegt und der klinischen Einzelfallbeurteilung anheim gestellt wird.

IV. Ausblick

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Entwurf zur Revision von Art. 119 BV und zu derjenigen des Fortpflanzungsmedizingesetzes einen wichtigen Schritt darstellt, die PID als längst etablierte Untersuchungsmethode der Fortpflanzungsmedizin der Schweizer Bevölkerung zugänglich zu machen. Ob er in der jetzigen Fassung allerdings ausreicht, eine gute, zukunftsichere Lösung zu schaffen, darüber kann man im Detail geteilter Meinung sein. Die Zurückhaltung des Entwurfs, die sich namentlich in dem engen Indikationenkatalog von Art. 5a Abs. 2 E-FMedG 2013 und der Festlegung auf acht künstlich gezeugte Embryonen pro Zyklus mit PID zeigt, zeugt von großer Vorsicht. Ob sie allerdings angebracht ist oder ob nicht auch etwas mehr Vertrauen in die Fortpflanzungsmedizin und die Paare, die die PID in Anspruch nehmen wollen, angebracht wäre, darüber sollte nochmals nachgedacht werden. Das hätte auch zur Folge, dass die PID unter weniger restriktiven Bedingungen erlaubt sein sollte als derzeit vorgeschlagen. Zudem steht die Schweiz mit diesen Fragen nicht allein da. Weltweit sind mit der PID bereits Erfahrungen gesammelt worden. Sie könnten in der Schweiz in die ethischen und rechtlichen Betrachtungen miteingearbeitet und ausgewertet werden. Auch sollte Berücksichtigung finden, dass mit Hilfe von Experten(-kommissionen) den unterschiedlich gelagerten Einzelsachverhalten und Konflikten, der Gerechtigkeit im Einzelfall und dem Schicksal der Betroffenen Rechnung getragen werden kann, wenn der Gesetzgeber den Rahmen vorgibt. Eine ähnlich gelagerte Konstellation findet sich z. B. in der Regelung über den Schwangerschaftsabbruch jenseits der 12. Woche, Art. 119 Abs. 1 StGB, und den Vorgaben zur Durchführung einer PND im Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen. Ein solches Vorgehen gibt mehr Flexibilität in Bezug auf die konkret zu beurteilende Situation und lässt Raum für neue Erkenntnisse im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin.